

PLANILLA DE SOLICITUD DE REEMBOLSO

1.- DATOS DEL SOLICITANTE (TITULAR)

APELLIDOS:	NOMBRES:	C.I.:
TELÉFONO:	CELULAR:	EMAIL:
BANCO	NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA

2.- DATOS DEL BENEFICIARIO QUE RECIBIÒ LA ATENCIÓN

APELLIDOS:	NOMBRES:	C.I.:	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	SEXO:	PARENTESCO:
DIAGNÓSTICO:			

3.- RAZÓN DE SERVICIO:

TIPO:	FECHA DEL SERVICIO:
-------	---------------------

4.-DOCUMENTOS REQUERIDOS

<input type="checkbox"/> INFORME MÉDICO (AMPLIO Y DETALLADO)	<input type="checkbox"/> EXÁMENES PRACTICADOS Y SUS RESULTADOS
<input type="checkbox"/> FACTURAS ORIGINALES	<input type="checkbox"/> FACTURAS DE FARMACIA, RÉCIPES E INDICACIONES
<input type="checkbox"/> OTROS:	

CANTIDAD DE FACTURAS ENTREGADAS CON ESTA SOLICITUD

FECHA DE LA SOLICITUD

El Reembolso se hará en los próximos SIETE (7) días a partir de recibidos todos los recaudos.